

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В. В. Колбанов

27 декабря 2005 г.

Регистрационный № 77-0705

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ
ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Республиканский научно-практический центр
«Мать и дитя»

Авторы: д-р мед. наук О. Н. Харкевич, Е. А. Латникова

1. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Выделяют абсолютные и относительные показания.

Наличие *абсолютных показаний* требует бесспорного выполнения кесарева сечения, *относительные показания* нуждаются в веском их обосновании.

1.1. Абсолютные показания:

1.1.1. *Акушерская патология, исключая влагалищное родоразрешение:*

1) сужение таза III и IV степеней, когда истинная акушерская конъюгата составляет 8,0 см или менее;

2) таз с резко уменьшенными размерами и измененной формой вследствие переломов или других причин (кососмещенный, ассимиляционный, спондилолистетический таз);

3) таз с резко выраженными остеомиелитическими изменениями;

4) камни мочевого пузыря, блокирующие малый таз;

5) опухоли таза, яичников, мочевого пузыря, шейчные миомы, которые блокируют родовые пути;

6) выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;

7) полное предлежание плаценты;

8) угроза разрыва матки, начавшийся разрыв матки;

9) явный дефект рубца на матке (несостоятельность), по данным УЗИ.

1.1.2. *Акушерская патология, при которой кесарево сечение является методом выбора:*

1) неполное предлежание плаценты при наличии кровотечения;

2) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при отсутствии условий для быстрого и бережного родоразрешения через естественные родовые пути;

3) поперечное, неустойчивое и косое положение плода;

4) неполноценность рубца на матке:

- рубец на матке после корпорального кесарева сечения,

- осложненное течение послеоперационного периода,
- свежий (менее 1 года) или очень давний (более 4 лет) рубец,
- признаки истончения рубца (по данным УЗИ: толщина менее 5 мм, контуры неровные, эхогенность неоднородная);

5) мочеполовые и кишечно-половые свищи в анамнезе и при настоящей беременности;

6) клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери;

7) эклампсия (при невозможности влагалищного родоразрешения в ближайшие 2-3 ч);

8) выраженное варикозное расширение вен влагалища и наружных половых органов;

9) рак шейки матки, влагалища, наружных половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря;

10) состояние агонии или смерть матери при живом и жизнеспособном плоде.

1.1.3. Экстрагенитальная патология, при которой кесарево сечение является методом выбора:

1) изолированная или преобладающая митральная недостаточность, особенно при низких показателях минутного объема сердца и работы левого желудочка;

2) изолированная или преобладающая аортальная недостаточность, особенно при низких показателях минутного объема сердца и работы левого желудочка;

3) митральный стеноз, протекающий с повторными приступами отека легких;

4) не купирующийся медикаментозными средствами отек легких;

5) активная фаза ревматизма;

6) бактериальный эндокардит;

7) гипертоническая болезнь при появлении церебральных симптомов (нарушение мозгового кровообращения) и отсутствие условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути;

8) пневмония с наличием легочного сердца, так как характерное для этого заболевания увеличение объема циркулирующей крови дополнительно возрастает при каждой схватке за счет притока крови из матки, которая может привести к острой правожелудочковой недостаточности;

9) после операции на легких с удалением значительного количества легочной ткани.

1.2. Относительные показания: *Во всех случаях, когда кесарево сечение производится по относительным показаниям, одним из основных условий для его выполнения является живой и жизнеспособный плод.*

1) анатомически узкий таз I и II степеней сужения в сочетании с другими неблагоприятными факторами (тазовое предлежание плода, неправильные вставления головки, крупный плод, переносенная беременность, мертворождение в анамнезе и др.);

2) неправильные вставления головки — переднеголовное, лобное, лицевое, высокое прямое стояние сагиттального шва, асинклитизм (передний и задний);

3) врожденный вывих бедра, анкилозы тазобедренного сустава;

4) рубец на матке после кесарева сечения или других операций с благоприятным заживлением при наличии дополнительных акушерских осложнений;

5) угроза или начавшаяся гипоксия плода;

6) аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), не поддающиеся консервативной терапии или сочетающиеся с другими относительными показаниями;

7) тазовые предлежания плода;

8) частичное или краевое предлежание плаценты при наличии других отягощающих факторов;

9) необходимость быстрого и бережного родоразрешения при позднем гестозе беременных и отсутствии условий для его проведения через естественные родовые пути;

10) переносная беременность при отсутствии готовности организма беременной к родам в сочетании с другими акушерскими осложнениями;

11) угроза формирования мочеполювого или кишечно-полового свища;

12) возраст первородящей более 27 лет в сочетании с другими неблагоприятными для естественного родоразрешения факторами;

13) отягощенный акушерский и/или гинекологический анамнез (мертворождение, невынашивание беременности, бесплодие в анамнезе и т. п.);

14) макросомия плода: крупный (4 кг и более) или гигантский (5 кг и более) плод;

15) выпадение пуповины или мелких частей плода;

16) пороки развития матки;

17) экстрагенитальные заболевания при необходимости быстрого родоразрешения и отсутствии условий для его проведения через естественные родовые пути;

18) задержка внутриутробного развития плода II и III степени в сроке 32 недели беременности и более при отсутствии эффекта от комплексной медикаментозной терапии либо при нарастании признаков внутриматочной гипоксии плода (по данным КТГ и доплерометрии).

Большинство показаний для операции кесарева сечения обусловлены заботой о сохранении здоровья как матери, так и новорожденного, т.е. являются сочетанными. Успехи неонатологии в выхаживании недоношенных детей способствовали появлению показаний для кесарева сечения в интересах недоношенного плода: тазовое предлежание плода при преждевременных родах, двойня с массой менее 2500 г и наличием тазовых предлежаний одного из плодов.

1.3. Пояснения к некоторым часто встречающимся показаниям к кесареву сечению:

Узкий таз. Вопрос о выполнении кесарева сечения при III и IV степенях сужения таза решается заранее, и операция проводится в плановом порядке при доношенной беременности. Кесарево сечение, как выбор способа родоразрешения при I и II степенях сужения рассматривается в случаях сочетания с другими неблагоприятными факторами (крупный плод, тазовое предлежание плода, переношенная беременность, первородящая старшего возраста и т. п.). При ведении родов у роженицы с узким тазом определяющее значение имеет выявление функционального клинически узкого таза, а при его наличии — срочное родоразрешение операцией кесарева сечения. С другой стороны, возникновение в родах клинически узкого таза требует выяснения причины, что в ряде случаев позволяет выявить гидроцефалию плода и избежать ненужного кесарева сечения, применив плодоразрушающую операцию.

Предлежание плаценты по частоте среди показаний к кесареву сечению занимает 1-2-е место. Абсолютным показанием является полное предлежание плаценты. Определяющим в выборе метода родоразрешения при неполном предлежании плаценты является степень и интенсивность кровотечения. При значительном кровотечении (кровопотеря более 250 мл), независимо от состояния плода, кесарево сечение становится операцией выбора. Такие применявшиеся ранее методы операции при неполном предлежании плаценты, как поворот плода на ножку при неполном раскрытии маточного зева по Брекстону-Гиксу, метрейриз, кожно-головные щипцы, полностью утратили свое значение в современном акушерстве. Преимуществами кесарева сечения перед влагалищными способами родоразрешения при предлежании плаценты являются:

- возможность его выполнения во время беременности и независимо от периода родов;
- операция является более асептичным методом родоразрешения;

- большая возможность спасения не только доношенных, но и недоношенных жизнеспособных детей;

- предлежание плаценты может сочетаться с истинным ее приращением, что требует расширения объема операции вплоть до удаления матки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты требует немедленного родоразрешения. Запоздавшая диагностика и отсроченное оперативное вмешательство ведут к грозным для жизни матери осложнениям: маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера) и коагулопатическому кровотечению, которые являются основными причинами материнской летальности.

Наличие рубца на матке. Рубец на матке принципиально не исключает возможность родоразрешения через естественные родовые пути. Повторное кесарево сечение показано в следующих случаях:

1) сохранились показания, которые явились причиной предыдущего кесарева сечения;

2) перерыв между кесаревым сечением и настоящей беременностью менее 1 года или более 4 лет;

3) имелись осложнения послеоперационного периода, ухудшающие заживление рубца на матке;

4) при наличии неполноценного рубца (толщина менее 5 мм, по данным УЗИ; истончение и болезненность, по данным пальпации);

5) при возникновении в родах угрозы разрыва матки по рубцу;

6) когда имелось корпоральное кесарево сечение в анамнезе, показано плановое кесарево сечение в связи со значительной угрозой разрыва матки. После вынужденного корпорального кесарева сечения следует проводить стерилизацию.

Оперированная матка. Перенесенный разрыв матки всегда служит показанием к кесареву сечению в плановом порядке, однако, такие операции явля-

ются редким исключением, так как ушивание разрыва матки должно выполняться со стерилизацией.

При консервативной миомэктомии в анамнезе кесарево сечение является операцией выбора в тех случаях, когда разрез матки затрагивал все ее слои. Наличие рубца после перфорации матки при искусственном аборте обычно не требует планового кесарева сечения.

При косых и поперечных положениях плода абдоминальное родоразрешение производится в плановом порядке при доношенной беременности. При запущенном поперечном положении и мертвом плоде проведение плодоразрушающей операции опасно в связи с возможностью разрыва матки. Поэтому при развитии данной патологии необходимо выполнить операцию кесарева сечения.

Лобное вставление, передний вид переднеголового и лицевого вставлений, задний вид высокого прямого стояния сагиттального шва являются показаниями для абдоминального родоразрешения при наличии доношенного плода. При других вариантах неправильных вставлений головки вопрос о кесаревом сечении решается положительно при сочетании с другими осложнениями беременности и родов (крупный плод, переношенная беременность, узкий таз, слабость родовой деятельности и др.).

Роды в тазовом предлежании плода относятся к патологическим. При выборе метода и способа родоразрешения в данном случае оценивают: средние размеры плода, размеры таза, своевременность излития околоплодных вод, характер родовой деятельности. При сочетании тазового предлежания с другими неблагоприятными факторами (сужение таза I-II степени, возрастная первородящая, крупный плод, переношенная беременность, преждевременное излитие вод, слабость родовой деятельности, предлежание и выпадение петель пуповины, наличие позднего гестоза, неполного предлежания плаценты и др.), когда родоразрешение через естественные родовые пути не гарантирует рождение живого здорового ребенка.

Гипоксия плода может быть основным и единственным показанием к абдоминальному родоразрешению или быть одним из сочетанных показаний. Гипоксия плода может явиться сопутствующим показанием к кесареву сечению во многих акушерских ситуациях: при небольших сужениях таза, позднем гестозе, тазовых предлежаниях плода, при слабости родовой деятельности, перенашивании беременности, у возрастных первородящих.

При ведении рожениц групп высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии необходимо проводить комплексную оценку состояния плода с помощью кардиотокографии, амниоскопии, определения характера родовой деятельности (наружная или внутренняя гистерография), определения КОС плода и роженицы, исследования pH околоплодных вод.

Сочетание беременности и миомы матки встречается менее чем в 1% случаев, но при этом осложненное течение беременности и родов наблюдается примерно в 60%. Наличие миомы матки часто сочетается с осложнениями, при которых требуется абдоминальное родоразрешение:

- 1) поперечное и косое положение плода;
- 2) предлежание плаценты;
- 3) слабость родовой деятельности;
- 4) шейно-перешеечное расположение узлов;
- 5) нарушение питания или некроз узла;
- 6) другие показания, требующие хирургического лечения миомы матки.

Аномалии родовой деятельности. Кесарево сечение выполняют при неэффективности консервативной терапии, слабой или дискоординированной родовой деятельности. В интересах охраны плода следует ограничить использование вакуум-экстракции плода и извлечение его за тазовый конец. Слабость родовой деятельности является частым и существенным компонентом в сочетанных показаниях к кесареву сечению при сужении таза, у первородящих старшего возраста (27 лет и более), при тазовых предлежаниях плода, перенашивании, гипоксии плода, заднем виде затылочного вставления головки и т.п.

Поздний гестоз. Кесарево сечение у больных с поздним гестозом применяется после обязательной предоперационной подготовки, как метод досрочного родоразрешения или как компонент реанимационных мероприятий при тяжелых формах заболевания, причем в обоих случаях в силу безвыходности ситуации.

Показания во время беременности: 1) эклампсия; 2) преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения; 3) осложнения гестоза (кома, острая почечная недостаточность, амавроз, кровоизлияние в сетчатку глаза, отслойка сетчатки, подозрение на кровоизлияние в мозг); 4) сочетание гестоза и другой акушерской патологии (преждевременная отслойка плаценты, тазовое предлежание плода, длительное бесплодие и т.д.); 5) выраженная плацентарная недостаточность, при возможности выхаживания недоношенного новорожденного; 6) отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения; 7) наличие показаний к досрочному родоразрешению при неподготовленной шейке матки.

Показания во время родов: 1) те же показания, что и во время беременности; 2) ухудшение состояния роженицы и/или плода; 3) не поддающаяся коррекции слабость или дискоординация родовой деятельности.

Заболевания внутренних органов, хирургическая патология, нервно-психические заболевания требуют прерывания беременности, если течение заболевания резко ухудшается во время беременности и создает угрозу жизни женщины. При экстрагенитальных заболеваниях часто выполняется малое кесарево сечение — абдоминальное родоразрешение в сроке беременности до 22 нед., когда плод является нежизнеспособным. *Заключение о времени и способе прерывания беременности или об окончании родов абдоминальным путем выработывается акушером-гинекологом совместно с врачом той специальности, к которой относится имеющаяся у женщины экстрагенитальная патология.*

Сахарный диабет. Родоразрешение беременных обычно проводится досрочно в сроки беременности 35-37 недель, когда плод достаточно жизнеспосо-

бен и еще в незначительной степени подвергся токсическому воздействию ацидоза. Кесарево сечение выполняется при наличии следующих осложнений:

- диабетической ретинопатии;
- позднем гестозе;
- крупном плоде;
- гипоксии плода;
- мертворождении в анамнезе;
- отсутствии эффекта от лечения сахарного диабета.

Задержка внутриутробного развития плода II и III степени при отсутствии эффекта от комплексной медикаментозной терапии либо при нарастании признаков внутриматочной гипоксии плода (по данным КТГ и доплерометрии) является показанием для досрочного прерывания беременности по жизненным показаниям со стороны плода. В сроке беременности до 28 недель абдоминальное родоразрешение в интересах плода не оправдано, так как в большинстве случаев выхаживание глубоко недоношенного новорожденного с выраженными нарушениями гемодинамики проблематично. В сроках гестации 28-32 недели вопрос о досрочном родоразрешении путем операции кесарева сечения в интересах плода решается в зависимости от жизнеспособности и возможности выхаживания конкретного недоношенного новорожденного. После 32 недель гестации наиболее предпочтительным методом родоразрешения (при исключенной врожденной патологии) является операция кесарева сечения.

Внезапная смерть женщины. В случае внезапной смерти матери во время беременности или родов плод может быть извлечен живым в течение ближайших 10-20 минут. Операция проводится только в случаях, когда плод жизнеспособен. При этом выполняется корпоральное кесарево сечение с соблюдением всех без исключения правил асептики.

2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Противопоказания к кесареву сечению имеют значение только в тех случаях, когда операция проводится по относительным показаниям. Развитие таких отраслей современной медицины, как оперативное акушерство, анестезиология и реанимация, гемотрансфузиология, фармакология и фармакотерапия, позволило значительно сократить число противопоказаний и разделить их на абсолютные и относительные. Среди относительных выделяют противопоказания со стороны матери и плода.

2.1. Абсолютные противопоказания – когда операция не может быть выполнена и не должна выполняться (!). К ним относятся:

- 1) отсутствие условий для выполнения операции (помещения, стерильного материала и инструментов, возможности для обезболивания);
- 2) отсутствие подготовленных специалистов, способных выполнить данную операцию;
- 3) гибель матери и плода.

2.2. Относительные противопоказания

2.2.1. Относительные противопоказания со стороны матери – когда исход операции для матери может быть неблагоприятным.

Кесарево сечение не должно выполняться в родовспомогательных стационарах 1-го и 2-го уровней. Как показания к оперативному родоразрешению в родовспомогательных учреждениях 3-го и республиканского уровней рассматриваются следующие виды патологии:

- 1) пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией III степени, выраженной кардиомегалией, мерцательной аритмией;
- 2) пороки трехстворчатого клапана, при которых исход кесарева сечения может быть неблагоприятным.

Кесарево сечение при этом выполняется после необходимой комплексной интенсивной терапии и предоперационной подготовки, которая осуществляется совместно высоко квалифицированными специалистами акушерами-

гинекологами, анестезиологами-реаниматологами и, при необходимости, врачами других специальностей.

2.2.2. Относительные противопоказания со стороны плода – когда исход операции для новорожденного неблагоприятен.

Данные противопоказания не рассматриваются при наличии витальных показаний со стороны матери:

- 1) анте- или интранатальная гибель плода;
- 2) глубокая недоношенность (срок гестации менее 28 недель);
- 3) врожденные пороки развития плода, не совместимые с жизнью;
- 3) декомпенсированная гипоксия плода, при которой ожидается мертворождение или постнатальная гибель новорожденного.

3. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ИЛИ НАЛИЧИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В современной акушерской практике наличие гнойно-септических акушерских осложнений или высокий риск их развития не является противопоказанием к операции кесарево сечение.

К группе высокого риска по развитию инфекционных осложнений относятся беременные и роженицы, имеющие следующую патологию:

- очаги генитальной и экстрагенитальной инфекции (2 и более);
- безводный период 10 часов и более;
- безводный период свыше 6 ч в сочетании с очагами инфекции;
- многократные влагалищные исследования в родах (3 и более);
- длительный родовой акт.

В комплексной предоперационной подготовке и при выполнении операции необходимо проводить адекватную профилактику и лечение инфекционных осложнений. С этой целью осуществляют антибактериальную и дезинтоксикационную терапию; бережное оперативное родоразрешение с минимальной травматизацией тканей, хорошим гемостазом, технически правильным наложе-

нием швов; в случаях выраженной инфекции матки выполняют гистерэктомию. Во время операции сразу после извлечения ребенка вводят внутривенно большие дозы антибиотиков широкого спектра действия.

Такие методы, как выполнение операции кесарево сечение с временным отграничением брюшной полости или экстраперитонеально, носят историческое значение и не снижают риск и тяжесть развития гнойно-септических послеоперационных осложнений.

4. ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Подготовка к плановой операции кесарево сечение включает обязательное выполнение следующих мероприятий.

4.1. Получение информированного согласия матери на операцию, которое **оформляется письменно.**

4.2. Обязательный объем обследования:

- общий анализ крови (включая тромбоциты и гематокрит);
- биохимический анализ крови (включая электролиты);
- ЭКГ;
- определение группы крови и Rh-фактора;
- бактериоскопическое исследование мазков;
- определение степени чистоты влагалища;
- осмотр анестезиолога;
- осмотр терапевта и др. специалистов (по показаниям);
- комплексная оценка состояния плода (*ультразвуковое исследование, кардиотокография, доплерометрия, амниоскопия*). Допплерометрию, амниоскопию и оценку биофизического профиля плода выполняют по показаниям при достаточном количестве времени на предоперационное обследование.

4.3. Профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭЛА):

- перед операцией туго-эластическое бинтование нижних конечностей или эластические чулки;

- за 10-12 часов до операции вводят 1 дозу фрагмина (фраксипарина или клексана); при экстренной операции и высоком риске ТЭЛА – можно ввести за 2ч до операции;
- через 2 часа после операции вводят 1 дозу фраксипарина (фрагмина или клексана);
- гепарин – 2500 ЕД через 12 часов после операции, затем по 5000 ЕД каждые 6-8 часов;
- управляемая гемодилюция (гематокрит в пределах 25-27 л/л);
- раннее вставание родильницы после операции, гимнастика.

4.4. Предоперационная подготовка

4.4.1. Комплекс гигиенических мероприятий (проводится в полном объеме при отсутствии противопоказаний):

- сбриваются волосы на лобке и животе;
- беременная или роженица моется в душе (при отсутствии противопоказаний);
- опорожняется кишечник (при отсутствии противопоказаний) и мочевой пузырь.

4.4.2. Медикаментозная подготовка:

- достижение психического покоя и устранение страха (барбитураты, седуксен, реланиум);
- предупреждение побочных влияний наркотических и анестезирующих средств, устранение нежелательных нейровегетативных реакций (атропин, метацин);
- профилактика и лечение осложнений беременности и родов (поздний гестоз, нарушение свертывания крови, восполнение кровопотери и др.);
- профилактика и лечение гипоксии плода.

4.5. Кадровое обеспечение. В обеспечении операции участвуют:

- бригада хирургов (оператор и 1-2 ассистента);
- операционная сестра;

- анестезиолог;
- медицинская сестра;
- анестезистка;
- акушерка;
- неонатолог.

4.6. На операционном столе:

- необходимо выпустить мочу катетером или ввести в мочевого пузырь постоянный резиновый катетер;
- обработка операционного поля: брюшная стенка на достаточной площади обрабатывается спиртом, затем двукратно 5% раствором йода; хорошие результаты дает трехкратная обработка брюшной стенки современными антисептиками — 0,5% раствором роккала или дегмицида, иодопирона и др.

4.7. Методы анестезиологического пособия:

- эпидуральная или спинномозговая анестезия – метод выбора при позднем гестозе легкой и средней степени тяжести, заболеваниях сердечно-сосудистой системы с развитием легочной гипертензии и др.;
- общая анестезия и ИВЛ;
- местная инфильтрационная анестезия (в настоящее время не применяется).

5. ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Интраперитонеальное кесарево сечение с *поперечным разрезом в нижнем сегменте матки*. Эта методика обеспечивает относительно небольшую травматизацию миометрия и хорошую перитонизацию раны, что создает благоприятные условия для заживления и формирования полноценного рубца.

5.1. Корпоральное кесарево сечение применяется только в редких, исключительных случаях:

- при наличии миомы матки и необходимости гистерэктомии;
- при операции на умершей женщине;

- при интенсивном кровотечении.

Операция экстраперитонеального кесарева сечения технически сложна, опасна серьезными осложнениями (кровотечение из предпузырной клетчатки, травма мочевого пузыря, мочеточника) и во многих случаях сопровождается нарушением целостности брюшины. В связи со всеми перечисленными особенностями экстраперитонеального кесарева сечения, эта методика в современном акушерстве практически не применяется.

5.2. Трансперитонеальное кесарево сечение с поперечным разрезом нижнего сегмента матки. В течении операции можно выделить 4 момента: 1) чревосечение; 2) вскрытие нижнего сегмента матки; 3) извлечение плода и последа; 4) ушивание стенки матки и брюшной стенки.

Первый момент. Чревосечение может быть выполнено двумя способами: срединным разрезом между пупком и лобком и поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю. Надлобковый разрез имеет ряд преимуществ:

- меньшая реакция со стороны брюшины в послеоперационном периоде;
- он больше гармонирует с разрезом нижнего сегмента матки;
- косметичен;
- редко бывает причиной послеоперационных грыж.

При выполнении поперечного надлобкового разреза кожа и подкожная клетчатка разрезаются по линии естественной надлобковой складки на достаточном протяжении (до 16-18 см). Апоневроз посередине надрезается скальпелем, а затем отслаивается ножницами в поперечном направлении и ими же рассекается в виде дуги. После этого края апоневроза захватываются зажимами Кохера, и апоневроз отслаивается от прямых и косых мышц живота вниз до лобкового сочленения и вверх — до пупочного кольца. По белой линии живота апоневроз рассекается ножницами или скальпелем. На оба края рассеченного апоневроза накладывается по 3 лигатуры или зажима с подхватыванием краев салфеток, которыми обкладывается операционное поле. Для достижения лучшего доступа в некоторых случаях выполняется надлобковый разрез в модифи-

кации Черни, при котором рассекаются апоневротические ножки прямых мышц в обе стороны на 2-3 см.

Париетальная брюшина рассекается в продольном направлении от пупочного кольца до верхнего края мочевого пузыря.

Второй момент. После отграничения брюшной полости салфетками пузырно-маточная складка брюшины вскрывается в месте своей наибольшей подвижности ножницами, которыми затем под брюшиной делается ход в каждую сторону, и складка рассекается в поперечном направлении. Мочевой пузырь тупфером легко отделяется от нижнего сегмента матки и смещается книзу. После этого определяется уровень разреза нижнего сегмента матки, который зависит от местонахождения головки плода. На уровне наибольшего диаметра головки скальпелем выполняется разрез нижнего сегмента вплоть до вскрытия плодного пузыря. В разрез вводятся указательные пальцы обеих рук, и отверстие в матке продляется в стороны до размеров, позволяющих выполнить извлечение головки новорожденного.

Третий момент. Рука хирурга вводится в полость матки таким образом, чтобы ее ладонная поверхность прилегла к головке плода. Если имеется тазовое предлежание, то ребенок извлекается за передний паховый сгиб или ножку. При поперечном положении плода рука, введенная в матку, отыскивает ножку плода, производится поворот плода на ножку и последующее его извлечение. При этом головка выводится через отверстие в матке приемом, идентичным приему Морисо-Левре-Лашапель при влагалищном родоразрешении. Пуповина пересекается между зажимами, и новорожденный передается акушерке. В мышцу матки вводится 1 мл метилэргометрина (или окситоцина). Легким потягиванием за пуповину отделяется плацента и выделяется послед. В случае затруднений плацента может быть отделена рукой. После удаления последа целесообразно выполнить выскабливание стенок матки большой тупой кюреткой, что обеспечивает удаление обрывков оболочек, возможных остатков плацентарной ткани, сгустков крови и улучшает сокращение матки.

Четвертый момент. Для ушивания матки используют современный шовный материал: ПГА, дексон. На рану матки накладываются два ряда мышечно-мышечных непрерывных обвивных или отдельных узловых швов. Крайние швы накладываются на 1 см латеральнее угла разреза на нетравмированную стенку матки для обеспечения надежного гемостаза. Швы накладываются таким образом, чтобы они располагались между швами предыдущего ряда.

Перитонизация производится за счет пузырно-маточной складки, которую подшивают кетгутовым швом на 1,5-2 см выше разреза. При этом линия вскрытия нижнего сегмента матки покрывается брюшиной пузырно-маточной складки и не совпадает с линией перитонизации. Из брюшной полости удаляются салфетки, сгустки крови, выполняется контроль на гемостаз и брюшная стенка зашивается послойно наглухо. На брюшину накладывается непрерывный шов, начиная с верхнего угла раны. Непрерывным швом соединяются прямые мышцы живота, затем накладывается непрерывный или узловый швы на апоневроз и узловый швы на подкожную жировую клетчатку. Рана кожи зашивается узловыми швами или внутрикожным непрерывным косметическим швом (кетгут, ПГА, дексон и т.п.). При наложении узловых швов на кожу можно использовать шелк, лавсан, капрон.

6. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

При разрезе брюшной стенки затруднения обычно возникают при повторном чревосечении в связи со спаечным процессом. *Ранение мочевого пузыря* является наиболее серьезным осложнением, которое может произойти.

Редким и очень опасным осложнением является *эмболия околоплодными водами*. Возникновению эмболии способствует разрез матки через плацентарную площадку, развитие состояний, сопровождающихся дефицитом ОЦК, пониженное артериальное и венозное давление в результате кровопотери, атония матки, многоводие.

После извлечения ребенка и последа следует предвидеть возможность развития *гипо- или атонического маточного кровотечения*. Гипо- и атонические кровотечения во время кесарева сечения чаще встречаются при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. При гипотонии матки проводят следующие консервативные мероприятия: 1) введение в матку сокращающих средств; 2) внутривенное капельное введение окситоцина, что в большинстве случаев дает эффект; 3) двусторонняя перевязка маточных сосудов; 4) при неэффективности предыдущих методов - гистерэктомия.

Осложнения наркоза. Чаще всего они возникают при вводимом наркозе (ларингоспазм, рвота, регургитация и аспирация рвотных масс с развитием *синдрома Мендельсона*, развитие анафилактического шока). Такие осложнения, как травма трахеи и смежных органов являются недопустимыми осложнениями наркоза.

Осложнения послеоперационного периода могут наблюдаться у 10-40% родильниц. К более частым осложнениям относятся инфекционные процессы в области ран брюшной стенки (инфильтраты, частичное или полное расхождение швов) и эндометрит. Наиболее опасными инфекционными осложнениями являются перитонит и сепсис, запоздалая диагностика и неправильная терапия которых могут стать причиной материнской смертности.

В послеоперационном периоде нередким осложнением является тромбоэмболия, которая может возникнуть после технически безупречно проведенной операции и гладкого течения послеоперационного периода. Проведение профилактики тромбоэмболии позволяет значительно снизить количество смертельных исходов и инвалидизации женщин от этого заболевания.

Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений является постгеморрагическая анемия. Концентрация гемоглобина в крови 70 г/л и менее является показанием к гемотрансфузии. При более высоком уровне гемоглобина методом выбора является назначение препаратов железа.

7. ПОКАЗАНИЯ К ГИСТЕРЭКТОМИИ

Показаниями к гистерэктомии, производимой вслед за операцией кесарева сечения, являются следующие:

- 1) ДВС синдром, коагулопатическое маточное кровотечение;
- 2) миома матки, требующая оперативного лечения, обусловленного размерами, топографией узлов, наличием осложнений;
- 3) разрывы матки, исключающие возможность ушивания;
- 4) маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера);
- 5) истинное приращение плаценты;
- 6) атония матки, если двусторонняя перевязка маточных сосудов не приводит к сокращению матки и остановке кровотечения;
- 7) в редких случаях - массивная инфекция матки.

8. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Сразу после операции на низ живота кладут пузырь со льдом, назначают медикаментозное обезболивание. Через 3-4 часа больная должна активно поворачиваться в постели, при отсутствии противопоказаний через 6-10 часов больную следует поднимать. При наличии потенциальной или клинически выраженной инфекции антибиотики вводят во время операции и продолжают их применение в послеоперационном периоде. Антибактериальную терапию в послеоперационном периоде проводят в зависимости от имеющихся факторов риска, акушерских осложнений и другой сопутствующей экстрагенитальной патологии, согласно временным протоколам оказания стационарной акушерско-гинекологической помощи. В исключительных случаях при отсутствии инфекции и факторов риска развития инфекционных осложнений антибиотики можно не назначать.

Во время операции кесарева сечения обычно кровопотеря составляет 500-800 мл, поэтому в послеоперационном периоде требуется проведение инфузи-

онной терапии, направленной на коррекцию гиповолемии, ацидоза, нарушений центральной и периферической гемодинамики, электролитного баланса. С этой целью используют кристаллоидные и коллоидные растворы, кровезаменители. Использование препаратов крови должно проводиться согласно регламентирующим документам Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

При недостаточной инволюции матки назначают сокращающие матку средства, в некоторых случаях — физиотерапию.

В первые часы послеоперационного периода требуется особенно тщательное наблюдение за тономус матки и кровопотерей, так как не исключена возможность развития гипотонического кровотечения. Важно следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря, в первые сутки после операции допустима катетеризация мочевого пузыря. Для профилактики пареза кишечника назначается подкожное введение 0,5-1% раствора прозерина, к концу 2-х суток — клизма с гипертоническим раствором натрия хлорида.

При отсутствии противопоказаний кормление грудью можно разрешить на 2-й день после операции. При неосложненном течении послеоперационного периода родильница выписывается домой на 8-9-й день после операции. Более ранняя выписка родильницы должна быть обсуждена коллегиально и обоснована в медицинской документации.

Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке, которые составляют группу риска по возникновению разрыва матки. Главной причиной разрыва матки после кесарева сечения является несостоятельность рубца. С помощью гистологических и клинических методов определены факторы, отрицательно влияющие на формирование полноценного рубца. К ним относятся: послеоперационная инфекция, предлежание плаценты к рубцу, дефекты техники ушивания, небольшой (менее 1 года) или, наоборот, длительный (более 4 лет) промежуток времени после кесарева сечения, прорастание трофобласта в область рубца. Длительный промежуток между беременностями приводит к прогрессирующему склерозу в области рубца, его демускуляризации, обуславливая

его неполноценность. Во время повторного родоразрешения операцией кесарева сечения встает вопрос о стерилизации для профилактики разрыва матки при последующих беременностях.

Состояние новорожденного. В случаях сочетания серьезных осложнений беременности и родов с осложнениями, возникающими при операции (трудное или травматичное извлечение плода) или анестезиологическом пособии (гипоксия, гиперкапния, использование высоких концентраций наркотических средств), и недостаточной эффективностью реанимационных мероприятий возрастает число детей с постнатальной асфиксией и другими заболеваниями периода новорожденности, которые в дальнейшем могут явиться причиной нарушений психомоторного развития детей. Травматические повреждения ребенка являются недопустимыми техническими погрешностями операции кесарева сечения.